Über
Digitalsclerosen.

Inaugural-Dissertation
verfasst und der
Hohen medizinischen Fakultät
der
Kgl. Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der Doktorwürde
vorgelegt von

Martin Bauer
aus
Oberhatzkofen.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

WÜRZBURG.
Buchdruckerei F. Staudenraus (vorm. Fleischmann).
1905.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.

Referent:
Herr Geh. Rat Professor von Leube.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Während die Publikationen über extragenitale Syphilis-Infektion früher nur einen spärlichen Raum in der syphilidologischen Literatur einnahmen, sind im Laufe der letzten Jahrzehnte eine überaus grosse Anzahl solcher Fälle, von einfachen kurzen Berichten bis zu Bulkley's grossem Sammelwerke: „Syphilis in the innocent" veröffentlicht worden.

Durch diese Fülle von Arbeiten haben unsere Kenntnisse von der extragenitalen Infektion eine bedeutende Erweiterung erfahren und besonders im letzten Dezennium sind unsere Anschauungen über die Häufigkeit, das klinische Bild und die Genese der extragenitalen Sklerosen wesentlich modifiziert worden.

Die ersten Beobachtungen von zufälliger Übertragung der Syphilis wurden schon kurz nach dem Auftreten der grossen Epidemie in Neapel gemacht, wie aus den von Neumann zitierten Angaben von Widmann (1497), Vella (1505), Caspar Torello (1591), Cataneus (1505) u. a. hervorgeht. Trotzdem sich in der Folgezeit derartige Beobachtungen häuften, ging die einmal gewonnene Kenntnis insofern ver-

loren, als der Geschlechtsverkehr zwar nicht als ausschliessliche, einzig mögliche Ursache der Syphilisverbreitung galt, aber eine Übertragung auf anderem Wege für äusserst selten angesehen wurde. Dies muss um so eigentümlicher erscheinen, als nicht bloss einige wenige Fälle, sondern ganze Epidemien von Lues insontium mit zahlreichen Opfern aus allen den Ländern bekannt wurden, in denen über den „Morbus gallicus“ ärztliche Abhandlungen veröffentlicht wurden. Bulkley berichtet über nicht weniger als 110 Epidemien von extragenitaler Lues mit detaillierten Angaben vom Jahre 1577—1892.

Erst im Jahre 1881 wusste Fournier die Aufmerksamkeit der medizinischen Welt wieder auf die extragenitale Infektion zu lenken und ihm gebührt das grosse Verdienst, die früher schon gekannte Tatsache wieder aus der Vergessenheit herausgerissen zu haben.

Seit John Hunter ist der Satz als feststehend in die Lehre der Syphilis aufgenommen worden, dass jede Stelle des menschlichen Körpers der primäre Sitz einer luetischen Infektion sein könne; als spezielle Lokalisationsstelle jedoch komme nur eine ihres Epithels beraubte oder mit macerierten Epithel bedeckte Stelle in Betracht und jede derartige Stelle des Körpers könne die Eingangspforte für das syphilitische Virus sein.

Die grosse Gefahr der extragenitalen Infektionen besteht vor allem wesentlich darin, dass sie uner-

kannt zu neuen Infektionen auf extragenitalem Wege Anlass geben und dass sie ganze Familien und Ortschaften durchseuchen können. Die Syphilis dominiert dort als epidemische, kontagiöse Krankheit, wo Stupidität, Ignoranz, Unsauberkeit, enges Zusammenwohnen und ungenügende sanitäre Überwachung ihrer Ausbreitung Vorschub leisten. — So wird bei der südrussischen Landbevölkerung, die bekanntlich auf einer ziemlich tiefen sozialen und moralischen Stufe steht, die Zahl der extragenitalen Infektionen auf 80—90 % von sämtlichen Lues-Fällen angegeben, während nach verschiedenen Autoren die Häufigkeit derselben bloss bis zu 15 % angenommen wird.

Eine weitere Gefahr der Unkenntnis des extragenitalen Primäraffekts besteht nach Münchheimer (Arch. für Dermatol. u. Syphil. Bd. 40 pag. 192) in der Verwechslung mit anderen, ähnlich aussehenden Krankheitsbildern. Fälle, in denen ein nicht als solcher erkannter extragenitaler Initialaffekt oder die konsekutiven Drüsenschwellungen zu schweren, selbst letal endenden Operationen Anlass geben, seien keine Seltenheit. Wenn Esmarch auf dem 24. Chirurgenkongress 1895 über 40 Fälle seiner langen Praxis berichtet, die sich mit oder ohne Operation durch die anatomische Untersuchung als luetische Affektionen entpuppt hätten und König in der folgenden Diskussion erwidert habe: „Ich stehe wohl mit Ihnen allen auf dem Standpunkte, dass es uns einmal passiert, dass wir einen Tumor wegschneiden und wir nachher zugeben müssen,

dass das ein Syphilom war“, so gehen wir wohl nicht in der Annahme fehl, dass wenigstens ein Teil dieser „Syphilome“ extragenitale Sklerosen gewesen sind. Denn diese sind doch wegen der sekundären Drüsenschwellung mit Geschwülsten ungleich eher zu verwechseln als andere, speziell tertiäre, Produkte der Lues.

Welch’ schlimme Folgen ein nicht erkannter Primäraffekt unter Umständen ferner nach sich ziehen kann, erhellt aus einem Bericht von Leauselme (Archiv für Dermatol. u. Syphil. Bd. 62 pag. 294) über extragenitale Sklerosen im indischen China: „Die Hauterscheinungen seien dort sehr schwere und die ulcerösen Prozesse daselbst führen zu ausgedehnten Narben, welche denen nach Verbrennungen gleichkommen. An Händen und Füssen komme es oft zum Verlust ganzer Phalangen.“

Was nun die Häufigkeit des Sitzes der extragenitalen Sklerosen anlangt, so stehen nach einer, 1062 Fälle umfassenden Statistik von Bulkley die Lippen mit einer Zahl von 2285 Fällen obenan. Weiter in der Reihenfolge schliessen sich Brust (1283), Mundhöhle (751), Finger (582), Augenlider (463), Tonsillen (504) mit sehr beträchtlichen Zahlen an. Die Lokalisationsstellen an den übrigen Körperstellen stellen ein wesentlich schwächeres Kontingent.

Im Folgenden sei es gestattet, auf die interessantesten Initialsklerosen an den Fingern, die im Laufe der letzten 5 Jahre in der Literatur veröffentlicht worden sind, näher einzugehen.

Die Sklerosen an den Fingern gehören grösstenteils zur dritten der von Bulkley angegebenen Hauptgruppen, der Syphilis technica, deren Verhältniszahl zu den extragenitalen Schankern überhaupt von Heller zu 5,1% berechnet wird.

Diese Gruppe nun ist besonders durch Ärzte, Dentisten, Hebammen, Wärter und Wärterinnen vertreten, die sich während ihrer beruflichen Tätigkeit infizieren (bei gynaekologischen Untersuchungen, Sektionen, Mundoperationen an luetischen Individuen, Verbinden und Säubern von harten Schankern etc).

Bei Laien kommen Infektionen an den Fingern in ähnlicher Weise zu stande: bei jungen Männern durch Berühren infizierter weiblicher Genitalien, bei jungen Mädchen durch Manustupration mit einer mit Schleimpapeln an den Geschlechtsteilen behafteten Freundin; ausserdem kann ein Schlag auf den Mund oder der Biss einer syphilitischen Person die Ursache einer Fingersklerose sein.

In der grössten Mehrzahl der Fälle geht die Sklerose von der Infektion eines Risses aus, oder die Einlagerung des Giftes findet (nach Taylor) auch bei intakter Haut zwischen Nagel und Nagelfalz statt. Die Schanker entstehen nämlich gerne an einem Teile des Nagelrandes und an den Kuppen der Finger, doch auch an der Volar- und Dorsalfläche, sowie an den Seiten der einzelnen Phalangen.

Die Fingerschanker unterscheiden sich nach Fournier von den genitalen durch den Charakter

ihrer Induration. Sie gleichen ihnen zwar auf dem Metacarpus, da das Zellgewebe dort ebenfalls schlaff ist, aber an den Phalangen und insbesondere an den Fingerspitzen kommt es zu einer massigen Härte, einer allgemeinen Infiltration, ferner wird durch die Lokalisation an der Basis und besonders unterhalb des Nagels Schmerzhaftigkeit des Primäraffekts bedingt.

Abgesehen von 213 Digitalsklerosen, die von Krefting (4 Fälle), Jakobsohn (5), Fournier (79 u. 86), Ohmann (5), Brandis (10), Finger (49), Bulkley (5), Morrow (10), ausser der Angabe, dass 55 Ärzte davon betroffen sind, in der Literatur der letzten 6 Jahre ohne nähere Einzelheiten aufgeführt sind, sollen hier 103 Fälle, die von Autoren mehr oder weniger ausführliche Beschreibung erfahren haben, besonders berücksichtigt werden.

Unter diesen 103 Sklerosen betreffen wiederum 15 Ärzte, die samt und sonders in Ausübung ihres Berufes infiziert wurden.

Als Lokalisationsstellen sind 1 Daumen, 1 rechter Daumen, 1 linker Daumen, 1 Zeigefinger, 2 linke Zeigefinger, 1 Mittelfinger, 1 rechter Mittelfinger, 1 linker Mittelfinger, 1 Ringfinger, 1 rechter Ringfinger, 4 Finger angegeben.

Interessant dürften die beruflichen Manipulationen sein, bei denen die Infektion hervorgerufen wurde.

Allerdings sind bei 7 von den 15 Sklerosen ausser den Lokalisationsstellen Details nicht bekannt. So referieren: Sherwell (Arch. f. Dermatol. 50) einen

Schanker des rechten Mittelfingers. Schwimmer (Monatshefte f. prakt. Derm. 34) eine Verdickung und Exulceration des linken Zeigefingers, die zuerst als Panaritum behandelt, erst nach Auftreten der sekundären Erscheinungen als Primäraffekt erkannt wurde.

Zeissler (Journ. of cut. 1901) einen Primäraffekt des rechten Daumens; Lustgarten (New-York derm. Soc. 1896) einen solchen des Daumens mit sekundärem papulösem Exanthem und zwar eine galoppierende Form. Tschistjakow (Anal. de dermatol.) eine Initialsklerose des linken Zeigefingers.

Bosher (Americ. Journal of dermat.) u. Gottheil (Archiv für Dermatol. 50) zwei Fingerschanker.

3 Infektionen fanden gelegentlich einer Entbindung von luetischen Wöchnerinnen statt.

Hievon berichtet Ahles (Arch. f. Derm. Bd. 50) einen Schanker am Zeigefinger; Derville (Journal des malad. cut. 1899 eine Sklerose des Ringfingers.

Lenz (W. kl. Rundschau 1896) einen Primäraffekt am Finger mit gleichzeitiger Lymphdrüsenschwellung. Der betreffende Arzt hielt den Finger während einer Craniotomie zwischen den Schädelknochen des Kindes, gerade als sich die Geburtswehen einstellten. Der Finger wurde verwundet und die Verletzungsstelle wurde der Sitz des harten Schankers.

Einen weiteren Fall bringt Whitehouse (Arch. f. Dermatol. 50): Ein Arzt, der bei der Untersuchung des Pharynx den Finger auf die Zunge des Patienten

drückte, bemerkte einige Zeit nachher eine Sklerose am Mittelfinger. Die Diagnose wurde bald darauf durch Sekundärerscheinungen bestätigt.

Die vier letzten Sklerosen, die Ärzte betreffen, wurden nach Obduktionen syphilitischer Kadaver beobachtet.

Morrow (Journ. of cut. dis. 1899) spricht von „a possible case of syphilit. infection from the cadaver", die ein Arzt bei der Leicheneröffnung aquieriert haben soll. Die Sklerose hatte ihren Sitz am Mittelfinger der linken Hand und stellte sich als ein Geschwür mit schwammigem siebförmigen Grunde dar, das zur Zerstörung der Endphalanx führte.

Lang (Wien. med. Wochenschrift 1900) berichtet von einem Arzte, der früher nie venerisch infiziert war: Kollege X nahm an einer im Raufhandel erschlagenen Prostituierten 24 Stunden post mortem die gerichtliche Obduktion vor und verletzte sich bei der Eröffnung des Brustraumes am Ringfinger der rechten Hand an einer Rippe. Da der Uterus wegen seiner Bikornität als seltenes anatomisches Präparat aufgehoben werden sollte, waren zur Herausnahme längere Manipulationen an den Genitalien notwendig, wo zahlreiche, breite Papeln und ulceröse Prozesse lokalisiert waren.

2 bis 3 Tage nach der Obduktion trat Lymphangitis des Vorderarms und 6 Wochen darauf ein „Panaritium" am Ringfinger der rechten Hand auf, begleitet von mächtiger Schwellung der Cubitaldrüsen.

Das Panaritium wurde incidiert und bildete sich, ohne dass je Eiter herausgekommen wäre, langsam zurück. Auch aus der punktierten Cubitaldrüse kam kein Eiter.

2 1/2 Monate nach der fraglichen Obduktion erschien ein ausgebreitetes papulo-pustulöses Syphylid.

Ferner lässt letztgenannter Autor Howard aus dem Ende des 18. Jahrhunders erzählen:

Ein Arzt verletzte sich im Jahre 1780 bei der Sektion an den Thoraxknochen. Er entfernte die gangranöse Harnblase samt deren Anhangsgebilden, wobei er an der glans penis „a chancrous excoriation" fand. Er beobachtete die Wunde am Finger nicht weiter, bis sich nach 9 Tagen sehr grosse Schmerzen einstellten. Die Axillardrüsen wurden grösser und ähnliche knotige Stränge traten an den Extremitäten und Nacken auf. Im Jahre 1783/84 trat leichte Lähmung des Beines ein und bald darauf machten sich Tumoren in den Muskeln und in der Nähe des Sprunggelenks bemerkbar. Im Jahre 1784/85 gesellten sich hiezu Schmerzen im Schädel, linksseitige Hemiplegie, dann schmerzliche Knoten an beiden Radii. Nun erst gewann der Arzt die Überzeugung einer luetischen Infektion und wandte Inunktionen, die später noch wiederholt wurden, mit gutem Erfolge an.

Witte (Allg. med. Zentralztg. 1903) will gleichfalls einen Primäraffekt nach einer Verletzung bei einer Sektion beobachtet haben.

Die Sklerose sass am linken Daumen und war unter einer zart livid verfärbten Haut vernarbt. Einige

Zeit später trat unter allgemeinem Unwohlbefinden von der Gegend des Primäraffekts beginnend ein lentikuläres Syphilid des Handtellers und des Vorderarmes auf, das sich allmählich langsam und spärlich über den ganzen Körper ausbreitete. Die linksseitgen Cubital-Drüsen waren mehr als taubeneigross geschwollen.

Als weitere Infektion durch luetische Leichen dürfte hier der Fall eines Anatomiedieners angeschlossen werden, den Ullmann (Archiv für Dermat. 97) referiert:

„Der fragliche Patient, der zugleich an Tuberculosis verrcucosa beider Hände leidet, hat sich durch Leichenstoffe mit Lues infiziert. Die Infektion fand statt am linken Zeigefinger im Anschluss an eine kleine Verletzung.

Der Primäraffekt wurde vorerst als Panaritium behandelt.

Erst durch allgemeine Drüsenschwellungen, reichliches papulo-pustolöses Exanthem, später hartnäckige ulceröse Erscheinungen im Larynx und Pharynx liess sich die richtige Diagnose stellen.“

Die Frage, ob die Malignität der luetischen Affektionen durch die gleichzeitige Tuberculose, oder dadurch, dass das syphilitische Virus von einer Leiche stammte, zu erklären sei, lässt Referent offen.

Hofrat Neumann, der gleichfalls den Verlauf dieser Infektion beobachtet hat, referiert darüber:

„Patient, der zugleich an Tuberkulose leitet, hat an der Sektion von 180 Kindern mit kongenitaler Lues teilgenommen.“

Bezüglich der Frage, ob luetische Leichen infektiös sind, weist er auf den von Lang beschriebenen Fall hin.

Ullmann gibt seiner Meinung über den letzten Fall dahin Ausdruck, dass dort zweifellos die Übertragung des syphilitischen Giftes gelegentlich der Sektion stattgefunden habe und ist auch bei dem Fall des Anatomiedieners der Ansicht, dass höchstwahrscheinlich hier die Sachlage die gleiche sei.

Hier mag noch der Fall eines Zahnarztes Platz finden, der nach Baum (Journ. of Americ. med. Ass. 1900), sich mit einem Instrument, dass kurz vorher bei einem luetischen Patienten in Anwendung war, am rechten Zeigefinger verletzte und an dieser Stelle eine Eingangspforte für das syphilitische Virus schuf.

Ein ziemlich starkes Kontingent für die extragenitalen Sklerosen stellen ferner die Hebammen, von denen hier 18 Fälle Erwähnung finden sollen. Die Infektion vollzog sich, ebenso wie bei den Ärzten, ausschliesslich in der Ausübung des Berufes.

Als Lokalisationsstellen kommen 2 linke Daumen, 4 rechte Zeigefinger, 1 linker Zeigefinger, 2 rechte Mittelfinger, 1 linker Mittelfinger, 1 linker Ringfinger, 2 Hände, 5 Finger in Betracht.

In 10 Fällen ist ausser des Sitzes der Sklerosen nichts bekannt.

In den anderen 8 Fällen sind mehr oder weniger ausführliche Nebenumstände angegeben.

So betrifft 1 Fall, den Siepe (Diss. Bonn 1892) beschreibt, eine 55jährige Hebamme. Die Infektion erfolgte gelegentlich der Entbindung einer luetischen Frau. Damals litt sie an einer kleinen Rhagade an der Streckseite des linken Zeigefingers. Der Primäraffekt entstand über dem II. Interphalangealgelenk des linken Zeigefingers auf der Streckseite, der normalen Gelenkfalte entsprechend, als Vertiefung, deren Umgebung in etwas ovaler Form, ungefähr 10 Pfg.-Stück gross, von leicht brauner Farbe, wenig erhaben und leicht infiltriert erschien. Die Drüsenschwellung war eine mässige. An beiden Vorderarmen erschienen bald grossfleckige Roseolen von mehr brauner Farbe, an den Genitalien nässende Papeln.

Der obige Autor führt noch einen zweiten Fall einer 48jährigen Hebamme an mit dem Sitz der Sklerose auf der I. Phalanx des Mittelfingers der rechten Hand. Patientin stach selbe auf und musste daraufhin bemerken, dass das kleine Geschwürchen sich über die ganze Haut der I. Phalanx verbreitete. Es wurde zuerst als Furunkel behandelt, bis nach 6 Wochen seit Auftreten der Sklerose an den Genitalien nässende ulcera entstanden. Gleichzeitig traten Roseolen auf der Brust und Plaques muqueuses auf beiden Tonsillen auf.

Baum (Arch. f. Dermatolog. 64) berichtet von einem „bösen“ linken Daumen einer 49jährigen Heb-

amme. Wegen hinzukommender Blutvergiftung musste zur Amputation der Endphalanx geschritten werden. 6 Wochen nach Entstehung des „Panaritiums“ zeigten sich die Erscheinungen einer malignen Syphilis. Zuerst traten breite Papeln an den Genitalien und kleine Knötchen am ganzen Körper auf, denen sich ein totaler Haarausfall anschloss. Nach einer Injektionskur trat Heilung ein.

Einen weiteren Fall mit sehr ausgeprägten Sekundärerscheinungen referiert M. von Zeissl in einer Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien am 15. V. 1903.

Es handelt sich hier um eine 52 jährige Hebamme, die gleichfalls beruflich infiziert, den Primäraffekt am Rücken des Mittelfingers der rechten Hand hatte. In der Ellenbeuge und in der Achselhöhe waren deutliche Lymphknoten zu fühlen.

Die Diagnose der Sklerose wurde bald durch ein über den ganzen Körper ausgebreitetes maculopapulöses Syphilid, das namentlich auf beiden Fusssohlen sehr ausgeprägt war, bestätigt.

Im Anschluss an diesen Fall schildert der Autor eine von ihm gemachte Beobachtung, dass bei den extragenitalen Primäraffekten in der nächsten Nähe derselben eine grössere Efflorescenzen-Zahl auftrete, als an der entsprechenden Körperstelle, welche den Primäraffekt nicht trägt.

Einen sehr schweren letalen Verlauf einer extragenitalen Lues berichtet Bergh (Monatsh. f. prakt. Derm.

1893). Eine 64jährige Hebamme assistierte bei der Frühgeburt eines luetischen Kindes, das bald darauf an luetischen Pemphigus starb. 8 Tage nach der Entbindung zeigte sich an der Spitze des rechten Zeigefingers eine schmerzliche unbegrenzte Härte, die sich in der Mitte schnell in eine ulcerierte Induration verwandelte. Bald darauf traten starke prodromale Symptome mit Temperatursteigung auf, am 45. Tage nach der Infektion ein sehr starker diffuser Ausbruch von papulösem Syphilid, auch im Gesicht, sowie an Hand- und Fussflächen. Während der Behandlung wurde diese Eruption durch eine pustulo-crustöses Exanthem ersetzt, wozu noch eine granulomatöse Iritis kam. Kurz nachher apoplectiforme Anfälle, an dem letzten derselben exitus, etwa 7 Monate nach der Infektion.

Eine weitere Infektion mit schweren Fiebererscheinungen veröffentlicht Schwimmer (Monatshefte für prakt. Dermatol. XXII).

Die Ansteckung fand gelegentlich eines Abortus, den Patientin mit einer kleinen Wunde auf dem rechten Zeigefinger leitete. 1 Woche nachher begann das Nagelbett zu schwellen und die Schwellung verbreitete sich 2 Wochen nachher auf den ganzen Finger, nach 3 Wochen war schon die ganze Hand geschwollen. Die Affektion wurde als Panaritium behandelt und auf Umschläge ging die Schwellung zurück. 2 Monate später trat plötzlich hohes Fieber, nach weiteren 3 Tagen Exanthem auf den Unterarmen auf, welches sich bald über den ganzen Körper verbreitete. Das

angebliche Panaritum wurde nun als extragenitale Affektion diagnostiziert. Auf antiluetische Behandlung gingen die Erscheinungen zurück.

Die letzten 2 Sklerosen bei Hebammen erwähnen Lenz (Wien. kl. Rundschau 1896) und zwar als Lokalisationstelle den linken Daumen mit nachfolgenden Sekundärerscheinungen und Neumann (Archiv für Dermat. 51) den linken Ringfinger; im Anschluss ein papulo-pustulöses Syphilid.

Um die Gruppe der Sklerosen bei „Medizinalpersonen“ abzuschliessen, mögen hier noch 2 Fälle Erwähnung finden, von denen der eine eine Krankenpflegerin betrifft (ref. im Journ. de malad. cut. et syphil.), die durch ein hereditär-luetisches Kind einen Primäraffekt acquierierte, der zuerst als Panaritium angesehen wurde, bis nach Auftreten der Sekundärerscheinungen die richtige Diagnose gestellt wurde, während es sich im anderen Falle um einen Heilgehilfen handelt. Derselbe wurde von einem syphilitischen Cholerakranken in den Finger gebissen und ist durch den Biss das infektiöse Virus übertragen worden.

Die extragenitalen Sklerosen von Laien können, wie bereits in der Einleitung erwähnt, auf mannigfache Weise zu stande kommen.

Als Folgen von Manipulationen ante coitum müssen 4 Fälle bezeichnet werden, von denen je ein Primäraffekt am rechten kleinen Finger, am rechten Zeigefinger, am rechten Mittelfinger und am Finger schlechthin sitzen.

So beschreibt Griwzew (Dermat. Zentralblatt 1900) eine Infektion, die anfangs als Panaritium behandelt wurde bis zum Auftreten der ersten Roseola. Die Sklerose sass am rechten kleinen Finger auf der Streckseite des Gelenkes und der Nagelphalanx. Das Lymphsystem des rechten Arms war stark affiziert, Die Drüsen hart und schmerzlos. Am Rumpf eine roseola recidiva aggregata et areata. Am After breite Condylome und auf dem Kopfe diffuser Haarausfall.

Blaschko referiert in der Berliner dermatologischen Gesellschaft am 14. VI. 98 eine weitere Fingersklerose ohne nähere Angabe des Fingers bei einem Mann, der sich mit der Axt am Finger verletzte und nachher durch Berührung der Genitalien einer luetischen Kellnerin die Wunde infizierte.

Interessant ist weiterhin der Fall eines 54 jährigen Schlossers, über den Müller im Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1900 folgende Angaben macht: Der Patient bekam einen Insektenstich am Finger, der wenig blutete. Kurze Zeit darauf manipulierte er mit dem betreffenden Finger in der vagina einer syphilitischen Person und aquierierte auf diese Weise einen Primäraffekt auf der dorsalen Seite der Nagelphalanx des rechten Zeigefingers. Einige Wochen später bestätigte ein maculo-papulöses Exanthem die Diagnose.

Den letzten Fall berichtet Heller in seinem Buch „Krankheiten der Nägel“. Die Sklerose am rechten Mittelfinger wurde im Hospital St. Louis in Paris beo-

bachtet und zeigte sich selbe nicht als Geschwür im eigentlichen Sinne des Wortes, sondern als eine auf etwas harter Basis sich erhebende fungäre Wucherung (Chancre fongeux, Fournier).

3 Initialsklerosen sind ferner als Folgen von Bissverletzungen durch luetische Personen zu betrachten.

Davon sind 2 Daumen und ein linker Ringfinger betroffen.

Was den ersten Primäraffekt am Daumen betrifft, veröffentlicht Albers (Berliner klin. Wochen-Schrift Bd. 23) folgende Details: „Der 28jährige Patient wurde bei einer Schlägerei in den Daumen gebissen. 2 bis 3 Wochen nachher rötete sich die Bissstelle und es entstand eine gelbliche Pustel, die von dem Patienten eröffnet, sich nicht wieder schloss. 3 Wochen später trat allgemeine Drüsenschwellung nnd ein Exanthem auf. Die Sklerose stellte sich als ein ungefähr 10 Pfg.-Stück grosses Geschwür mit harten, gewulsteten Rändern dar. Nach 27 Sublimatinjektionen von 0,01 trat die temporäre Heilung ein.

Den zweiten Fall berichtet Griwzew (Medizin. Suppl. zu den Marine-Annalen Dez. 1899).

Ein 20jähriger Matrose wurde durch einen luetischen Kameraden am linken Daumenballen gebissen. Die Wunde verheilte anfangs, wurde aber nach 8 Tagen durch Stacheldraht wieder aufgerissen, um wenigstens zunächst nicht wieder zuzuheilen. Die Sklerose zeigte sich als ungefähr Pfg.-Stück grosse, mit zähem Eiter

bedeckte Wundfläche, leicht blutend, Ränder ziemlich hart, Umgebung infiltriert.

8 Tage später zeigten sich Roseolen und Axillar-, Cervical-, Inguinal- und Submaxillardrüsen waren von einer deutlichen Schwellung betroffen. An den Genitalien war der Befund negativ.

Ganz kurz berichtet Neumann in einer Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien am 10. I. 96 die letzte Infektion durch einen Biss, bei der die Sklerose am linken Ringfinger sass und sich als ein derbes Geschwür zeigte.

Zum mindesten sehr eigentümlich erscheint die Übertragungsmöglichkeit von Lues durch den Höllensteinstift. Es sind in der Literatur eine ganz stattliche Anzahl von Fällen beschrieben, die mit ziemlicher Sicherheit in jedem speziellen Falle einen andern Infektionsweg ausschliessen. Das dem Stift direkt anhaftende Virus ist sicherlich durch das gelöste argentum nitricum abgetötet, während die Infektiosität des eventuell an den den Stift bedeckenden Krusten haftenden Giftes wahrscheinlicher erscheint. Um event. einen Beweis für die Möglichkeit der Übertragung durch den Lapisstift zu erbringen, wurde folgender Versuch gemacht und, nachdem die ersten Proben negativ ausfielen, mehrere Male wiederholt:

Von einem staphylococcenhaltigen Eiter wurde unter den üblichen Vorsichtsmassregeln mit einer Platinöse Sekret auf Agar übertragen. Hernach wurde der Stift in den gleichen Eiter getaucht, der Eiter ein-

trocknen lassen und dann mit der Öse von der Kruste ebenfalls auf Agar übertragen. Der Erfolg im 1. Röhrchen war immer positv, im 2. immer negativ.

Möglicherweise sitzen die Keime auch an den unteren Rändern der Hülsen oder Federkiele, in denen der Lapisstift steckt.

Hier sollen 2 Fälle Platz finden, in denen ein anderer Infektionsmodus als durch Manipulationen mit dem Höllensteinstift ausgeschlossen erscheint.

So berichtet Fournier (Annal. d. perm. 1897) eine Fingersklerose bei einem Soldaten, der sich mit einer Zigarre einen Finger verbrannte. Zur Behandlung der Brandwunde ging er ins Spital und wurde dort die Wunde mit einem Lapisstift geätzt, der kurz zuvor bei seinem Bettnachbar, der plaques muqueuses buccales hatte, in Anwendung gewesen war. 3 Wochen darauf zeigte sich der Schanker an der Stelle der Brandwunde.

Einen weiteren Fall bringt Blaschko in der Sitzung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft vom 14. VI. 1898, wo der Patient, dem die in einer Quetschwunde zu üppig wachsenden Granulationen mit dem Argentum nitricum Stift weggeätzt wurden, an der betreffenden Stelle den Primäraffekt erhielt.

Auf eine eigenartige Weise ist eine Dame, von der Palm (Arch. f. Dermat. Bd. 19) berichtet, zu einer extragenitalen Sklerose gekommen. Diese hatte einen Herrn mit syphilitischer Plaques auf den Mund geschlagen. Ob die Eingangspforte für das Contagium

bereits vorhanden war, oder durch den Schlag erst geschaffen wurde, ist nicht bekannt.

Die ulcerierte Sklerose sass auf der dem linken Ringfinger, Radialseite, übergreifend auf die Dorsalseite in der Höhe des Gelenks zwischen 1. und 2. Phalanx, ungefähr 5 Pfg.-Stück gross. Der Affekt fühlte sich pergamentartig an und die Drüsen wiesen eine deutliche Schwellung auf. Bald darauf entstand ein maculo-papulöses Exanthem auf der Beugeseite der Vorderarme, sowie Brust und Abdomen. Gleichzeitig trat eine alopecia luetica auf.

Somit ist die Zahl der Fälle erledigt, bei denen die Art der Infektion bekannt geworden.

Um noch einmal eine Übersicht über die Lokalisationsstellen der Schanker zu geben, sei erwähnt, dass von diesen 47 Fällen 7 auf dem Daumen, 11 auf dem Zeigefinger, 7 auf dem Mittelfinger, 5 auf dem Ringfinger, 1 auf dem kleinen, 14 auf den Fingern (ohne nähere Angabe) und 2 auf den Händen ihren Sitz hatten.

In der Literatur sind ferner noch 56 Fingerschanker aufgeführt, von denen jedoch die Art der Infektion nicht angegeben ist, vielleicht auch gar nicht zu eruieren war. Nähere Angaben über Verlauf und Heilung finden sich gleichfalls nicht vor.

Von diesen Fällen betreffen 36 den Finger schlechthin, 8 den Zeigefinger, 2 den Ringfinger, 2 den Mittelfinger und 8 den Daumen, so dass wir im Ganzen,

wenn die Lokalisationsstellen nach ihrer Häufigkeit rangieren, voran die Finger (ohne nähere Angabe) mit 50 Schankern, die Zeigefinger mit 19, die Daumen mit 15, die Mittelfinger mit 9, die Hände mit 2, und den kleinen Finger mit 1 Sklerose vertreten haben.

Von den Infektionen betreffen 25 das weibliche Geschlecht und 33 das männliche; in den restierenden 46 Fällen ist in dieser Beziehung keine Angabe gemacht.

Im Anschluss an die bisher gegebene Darstellung von Fingersklerosen in Bezug auf ihre Häufigkeit, Lokalisation und Ätiologie soll hier ein Primäraffekt am rechten Zeigefinger, der im Ambulatorium für Hautkranke von Prof. Dr. Seifert zur Beobachtung kam, näher beschrieben werden.

Es handelt sich um eine 45 jährige Arbeitersfrau, die eine frühere luetische Infektion entschieden in Abrede stellt. Auch der Mann und 4 Kinder sollen nie verdächtige Erscheinungen gehabt haben.

Patientin hatte im Jahre 1903 vom Mai bis August das illegitime Kind einer Verwandten, das mit Ausschlag am ganzen Körper behaftet war, zur Pflege. Der wegen der Hauterkrankung zugezogene Bezirksarzt glaubte, dass die Effloreszenzen luetischer Natur seien und mahnte die Frau, die damals im 4. Monat gravida war, zur Vorsicht. Patientin gab dann das Kind wieder fort und soll selbes 3 Monate später ad exitum gekommen sein.

Anfangs August schon hatte sich die Frau beim Waschen eine in der Wäsche versteckte Nadel in den rechten Zeigefinger gestossen und zwar in die mediale Seite über dem Gelenk zwischen 1. und 2. Phalanx. Sie beachtete den Stich nicht weiter und besorgte ihre häuslichen Angelegenheiten, so besonders auch die Pflege des hautkranken Kindes, ohne die Finger zu verbinden. 14 Tage später zeigte sich ein kleines Geschwür an der Stelle der Verletzung und zugleich mit Rötung und Schwellung der ersten 2 Phalanxen vergrösserten sich auch die Axillardrüsen.

Patientin suchte für ihr Leiden Hilfe in einer chirurgischen Privatklinik, wo die Affektion als Panaritium diagnostiziert und inzidiert wurde. Die Heilung jedoch verzögerte sich in auffallender Weise und trotz regelmässigen Verbandwechsels und Auskratzen der Wunde mit dem scharfen Löffel zeigte nach 4 Monaten das angebliche Panaritium noch keine Heilungstendenz, um nach erfolgter Entbindung der Frau, die am 20. Nov. vor sich ging, spontan zuzuheilen.

6 Wochen nach der Geburt soll sich bei dem Kinde ein Ausschlag am ganzen Körper in Gestalt von unregelmässigen, etwa bohnengrossen, roten Flecken gezeigt haben.

Nach weiteren 14 Tagen sollen Blasen auf der vola manus und planta pedis aufgetreten sein, die nach ungefähr 8 Tagen wieder verschwanden.

Am 12. II. 1904 kam nun die Patientin mit dem Kinde ins Ambulatorium, wo auf Grund des noch be-

stehenden Ausschlages und einer Coryza Lues hereditaria konstatiert wurde.

Zugleich wurde man auf die sonderbare Art der Infektion bei der Mutter aufmerksam. Das Kind verblieb 10 Tage auf der stationären Abteilung des Juliushospitals, wo eine Behandlung mit Sublimatbädern und Calomel 0,006 pro dosi eingeleitet wurde. Nach der Fortnahme aus dem Spital wurde ambulatorisch dieselbe Therapie fortgesetzt. Die Effloreszensen gingen bald zurück, um gegen Ende April wiederzukehren.

Am 29. IV. wurde das Kind wiederum in die Sprechstunde gebracht mit roten Flecken am ganzen Körper, Krusten und Blasen auf dem Kopfe, letztere auch an der vola manus und planta pedis. Von da ab wurde mit einer Schmierkur begonnen und zwar jeden 2. Tag 1,0 g grauer Salbe.

Zugleich wurde die Mutter einer eingehenden körperlichen Untersuchung unterzogen; jedoch konnte man nirgends sekundäre Erscheinungen finden. Der Primäraffekt war vernarbt und eine etwas eingezogene Linie in sagittaler Richtung zeigt noch die Incisionslinie an.

Am 29. V. wurde das Kind wieder frei von allen Erscheinungen befunden und lediglich noch Calomel verordnet.

Mitte Juli bestanden, wie gelegentlich einer Vorstellung in der Sprechstunde konstatiert werden konnte, keinerlei Effloreszenzen.

Erst am 27. Dezember kam die Mutter wieder mit dem Kinde. Ausser einer sehr starken Coryza

waren wieder Bläschen auf der rechten Fusssohle zu sehen. Neuerdings wurde Schmierkur und innerliche Behandlung mit Calomel eingeleitet.

Der Verlauf der Erscheinungen beim Kinde hat die Diagnose der hereditären Lues ohne Zweifel bestätigt. Wenn nun die Mutter, wie sie ganz glaubwürdig versichert, vorher nie infiziert war, der Vater und 4 Kinder ohne jegliche Erscheinungen luetischer Natur geblieben sind, so ist sicher anzunehmen, dass die Affektion am Zeigefinger, das so lange erfolglos behandelte „Panaritium", der Primäraffekt war. Wenn auch bis jetzt sekundäre Erscheinungen bei der Mutter nicht nachzuweisen waren, so muss erstens in Berechnung gezogen werden, dass die Symptome von der Patientin übersehen sein können; andererseits spricht die lange Dauer der Affektion zu Gunsten der Annahme, dass hier Lues vorlag und nicht ein gewöhnliches Panaritium; schliesslich ist die Diagnose zweifellos durch die Infektion des Kindes auf placeutarem Wege, nachdem durch die glaubwürdige Anamnese eine andere Infektionsmöglichkeit bei der Mutter ausscheiden muss. Das mitleidig aufgenommene Pflegekind hat auf diese Weise zwei unschuldige Opfer gefordert.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geh. Rat von Leube für die Übernahme des Referats und Herrn Prof. Seifert für die gütige Überweisung der Arbeit und Hilfeleistung meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Martin Bauer, bin geboren am 10. November 1887 zu Oberhatzkofen als Sohn des Landwirts Thomas Bauer in Oberhatzkofen. Nach Besuch der Volksschule zu Oberhatzkofen, des k. alten und neuen Gymnasiums zu Regensburg, erwarb ich mir am 14. Juli 1898 das Reifezeugnis am k. neuen Gymnasium zu Regensburg und bezog im Oktober 1898 die Universität zu München, von wo ich im November 1901 nach Würzburg übersiedelte. Der ärztlichen Staatsprüfung unterzog ich mich in Würzburg vom 8. März 1905 ab, um dieselbe am 14. Juni 1905 zu vollenden.

Vorstehende Dissertation habe ich unter Leitung des Herrn Prof. Dr. Seifert verfasst.